

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 16

De la grossesse tubaire récidivante

(CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES,
PATHOGENIQUES ET THERAPEUTIQUES)

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 décembre 1936

PAR

DOAN VAN THU

DIPLOMÉ D'HYGIÈNE

MÉDECIN COLONIAL DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

Né le 4 mars 1909 à Sontay (Tonkin-Indochine)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. LAPEYRE, prof., *président*.
TURCHINI, professeur.
COLL DE CARRERA, agt
ROUX, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel
Tél. 47-84
1936

DE LA GROSSESSE TUBAIRE RECIDIVANTE

*(Considérations étiologiques, pathogéniques
et thérapeutiques)*

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 16

De la grossesse tubaire récidivante

(CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES,
PATHOGENIQUES ET THERAPEUTIQUES)

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 décembre 1936

PAR

DOAN VAN THU

DIPLÔMÉ D'HYGIÈNE

MÉDECIN COLONIAL DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

Né le 4 mars 1909 à Sontay (Tonkin-Indochine)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. LAPEYRE, prof., *président*.
TURCHINI, professeur.
COLL DE CARRERA, agr
ROUX, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel
Tél. 47-84
1936

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM.
Histologie	J. DELMAS
Physiologie	TURCHINI
Chimie biologique et médicale	HEDON
Physique médicale	CRISTOL
Anatomie pathologique	PECH
Microbiologie	GRYNFELT
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE
Thérapeutique et matière médicale	BOSC
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BOUDET
Hygiène	PUECH
Médecine légale et médecine sociale	CARRIEU
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GAUSSEL
Clinique médicale	GIRAUD
	VIRES, <i>assesseur.</i>
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
	MASSABAU
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, <i>doyen</i>
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Matière médicale (Ch. de c.)	CABANNES
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
Anatomie (Ch. de c.)	LAUX
Histologie (Ch. de c.)	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de cours complémentaires

Pathologie expérimentale	MM.
Pathologie externe	PAGES
Médecine opératoire	AIMES
Accouchements	SOUBEIRAN <i>ag. libre</i>
Clinique phtisologique	COLL DE CARRERA
Clinique propédeutique médicale	GAUSSEL, <i>prof.</i>
Clinique des maladies contagieuses	BAUMEL
Stomatologie	JANBON
	D ^r WATON

Agrégés en exercice

	MM.		MM.
	BOULET	Chirurgie....	AIMES
Médecine	PAGES		MOURGUE-MOLINES.
	JANBON		GUIBAL
	BAUMEL	Obstétrique..	ROUX
	VIDAL	Bactériologie.	COLL DE CARRERA
	P. RIMBAUD	Ophtalmologie	CARRERE
			DEJEAN

Examinateurs de la thèse

MM. LAPEYRE, *prof., président.* MM. COLL DE CARRERA, *agr.*
TURCHINI, *professeur.* ROUX, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE ET A MA MERE

*Dont les lourds sacrifices ont rendu
possibles mes études en France, je dé-
die ce modeste travail, faible témoi-
gnage de mon amour filial et de ma
profonde gratitude.*

A MON ONCLE ET A MES TANTES

Respect et tendresse.

A MON FRERE AINE DOAN DINH DE

Qui s'est occupé de mon avenir comme du sien propre.

Je tâcherai de ne pas démeriter ni de sa confiance, ni de son affection.

A MON COUSIN DOAN CAN

Je n'oublierai jamais tout le dévouement dont il a fait preuve à mon égard.

Qu'il trouve ici l'expression de ma sincère affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPEYRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNECOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MEDECINE DE MONTPELLIER

*Qui nous a inspiré ce travail et qui
nous a fait, en outre, le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

*En témoignage respectueux de notre
admiration et de notre gratitude.*

D. V. T.

A NOTRE JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TURCHINI

M. LE PROFESSEUR AGREGE COLL DE CARRERA

M. LE PROFESSEUR AGREGE ROUX

Hommage respectueux et reconnaissant,

D. V. T.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. ESTOR

Chef de Clinique Gynécologique

*Nos vifs remerciements pour les précieux
conseils qu'il nous a prodigués durant la
rédaction de cette thèse.*

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A NOS MAITRES DE L'INSTITUT DE MEDECINE
COLONIALE DE PARIS

D. V. T.

DE LA GROSSESSE TUBAIRE RECIDIVANTE

(*Considérations étiologiques, pathogéniques et thérapeutiques*)

INTRODUCTION

La grossesse tubaire ne se rencontre certes *pas tous les jours* dans la pratique courante mais, d'après les nombreux travaux publiés à ce sujet, elle n'est pas non plus une rareté. « Par les difficultés de diagnostic et de thérapeutique qu'elle comporte, elle ne cesse pas d'être angoissante du fait du pronostic réservé qui en résulte ».

La question du traitement, d'une importance primordiale, ici plus que partout ailleurs, est celle qui intéressera le médecin au premier chef. Ce problème, déjà si délicat, devient d'autant plus complexe que les récidives de grossesse tubaire sont relativement assez fréquentes. Devant la perspective d'une nouvelle grossesse ectopique possible, avec tous les dangers qu'elle entraîne, le choix de l'intervention à faire n'est pas, en effet, des plus aisés :

Doit-on, lors de la première opération pour grossesse tubaire, enlever les deux trompes pour éviter toute récurrence ?

Ou bien, au contraire, faut-il savoir courir ce risque et se montrer plus « conservateur » afin de ne pas priver la femme (surtout quand elle est encore jeune) de la possibilité d'avoir d'autres enfants ?

Nous essaierons, dans les pages qui suivent, à la lumière

des observations que nous avons à notre disposition, de dégager la ligne de conduite qu'on peut adopter si, en clinique, l'on se trouve, un jour, devant ce dilemme redoutable qui constitue, pour le chirurgien, un véritable « cas de conscience ».

Les considérations thérapeutiques, devant s'inspirer nécessairement des données étiologiques et pathogéniques, nous insisterons particulièrement sur ce chapitre, encore obscur il est vrai, mais d'un intérêt indiscutable.

On doit se demander, en effet, s'il existe des facteurs constants qui interviennent dans la production d'une ectopie et quels sont ces facteurs.

Existe-t-il une condition prédisposante toujours la même, sinon dans tous les cas de grossesse tubaire, du moins chez la même femme ; ou ne peut-on expliquer la récurrence que par un hasard qui réunit, chez un même individu, des causes variées ?

Nous n'osons pas prétendre trancher tous ces points que nous nous proposons ici de débattre. Mais nous nous efforcerons seulement d'extraire, des travaux récents et des observations cliniques, ce qui nous paraît se rapprocher le plus d'une juste opinion.

Le tableau symptomatologique, l'étude du diagnostic, voilà enfin les autres chapitres que nous tâcherons également de passer succinctement en revue. Quant à l'anatomie pathologique, nous ne ferons que l'aborder, problème trop vaste pour le cadre restreint de notre travail.

DEFINITION

Nous entendons par récidive de grossesse tubaire toute grossesse tubaire survenant chez la même femme après un premier cas semblable, que la femme ait été opérée ou non, qu'il y ait eu ou non des grossesses utérines intermédiaires.

HISTORIQUE

Nous préférons ne pas aborder l'étude de la partie historique, de crainte de commettre des omissions inévitables, tellement les auteurs sont nombreux et les travaux épars.

Nous croyons devoir mentionner toutefois que la première observation en date sur les récidives de grossesse ectopique a été celle de Jacques NOIER, en 1591, rapportée par un médecin bordelais : Etienne MARNAUD.

Depuis, les communications ont été de plus en plus fréquentes, mais encore isolées et souvent obscures.

Il faut arriver à PUECH pour trouver le premier mémoire sérieux : plusieurs cas de récidive furent publiés par lui en 1879 dans *La Gazette Obstétricale*.

La question fut ensuite mise à l'ordre du jour par VARNIER, en 1900, à la Société d'Obstétrique de Paris.

A partir de cette date, l'intérêt de la question va en croissant et ne cesse pas encore de l'être, le problème essentiel de l'étiologie restant toujours dans le domaine des hypothèses.

ANALYSE ETIOLOGIQUE

AGE

Les statistiques recueillies par BRUEL dans sa thèse montrent que la grossesse tubaire se rencontre surtout chez la femme d'un âge moyen, généralement *entre 28 et 35 ans*.

ALBERTIN et DESGOUTTES s'appuyant sur 80 cas, JACOBS sur 82 cas, NEUGEBAUER sur 37 cas, donnent des chiffres analogues.

Dans les 41 cas de grossesse tubaire relevés par nous, l'âge des malades varie, la plupart du temps, entre 27 et 37 ans, avec le maximum de fréquence entre 30 et 35 ans (11 cas).

Pour 7 cas, l'âge est inférieur à 25 ans.

Par contre, il y a 2 cas au-dessus de 37 ans.

PARITÉ

Il est à remarquer que la grossesse extra-utérine (1) s'observe particulièrement chez les multipares :

Sur	Recueillis par	Il y a eu gross. utérine antérieure dans
51 cas	SENS	40 cas
82 cas	WASSMER	54 cas
112 cas	SMITH	87 cas
190 cas	BRUEL	112 cas
129 cas	TEINTURIER	94 cas
61 cas	MARTIN	41 cas

(1) Si nous employons quelquefois ce terme plus général de « extra-utérine », c'est pour éviter de répéter plusieurs fois de suite le même mot « tubaire ». D'ailleurs, dans l'esprit du médecin, quand on parle de grossesse extra-utérine, il sait qu'il s'agit 90 fois sur 100 de grossesse tubaire.

Enfin, parmi nos 41 malades, il y en a 27 qui ont eu une ou plusieurs grossesses normales avant le premier accident ectopique.

Nous devons noter également que celui-ci se rencontre de préférence chez les multipares qui, après le dernier accouchement, sont restées longtemps stériles. Quand, au contraire, il survient chez les nullipares, il s'agit, en général, de femmes ayant un âge assez avancé dans la vie génitale ou de celles mariées depuis plusieurs années.

ANTÉCÉDENTS GÉNITAUX

Il est un fait digne d'attirer notre attention, c'est que fréquemment on se trouve en présence de personnes qui ont eu un passé génital plus ou moins chargé :

— En premier lieu, il faut citer les *troubles menstruels* qui se voient dans la majorité des cas, ce qui montre qu'il y a peut-être une prédisposition individuelle.

Les règles sont souvent irrégulières, soit retardées, soit avancées ; elles peuvent être plus ou moins abondantes (elles durent de 7 à 9 jours chez 5 de nos 41 malades), quelquefois douloureuses (9 fois sur 41).

Quand elles sont normales, alors elles avaient fait leur apparition ou trop précocement (début à 11 ans dans 2 cas), ou trop tardivement (début à 17 ans dans 2 cas, à 19 ans dans 1 cas).

— *L'avortement antérieur* n'est pas rare non plus. Nous l'avons constaté 9 fois dans nos 41 observations. Si les chiffres donnés à ce sujet par différents auteurs ne concordent pas (DELBET en rencontre 28 fois sur 56 cas, WASSMER 5 sur 24, HARET 5 sur 35, MARTIN 18 sur 61, BRUEL 18 sur 190), il n'en est pas moins vrai que c'est là un facteur nullement à négliger.

La gonococcie aussi est certainement beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit. Elle n'est pas, en effet, toujours facile à dépister soit parce que les recherches sont incomplètes, soit que la femme ne tient pas à nous la révéler.

JACOBS croit rencontrer la gonorrhée dans les 2/3 des cas. BACULESCU seulement dans 10 % des cas.

Parmi nos 41 malades, 5 avaient eu des pertes blanches avant la grossesse extra-utérine.

— Enfin, l'infection utéro-annexielle d'origine puerpérale doit également jouer son rôle dans l'étiologie de la nidation anormale de l'œuf. Le facteur « multiparité » est en faveur de cette manière de voir.

FRÉQUENCE DE LA RÉCIDIVE

Voici les chiffres donnés par différents auteurs :

SMITH et DIETRICH : 5 % (basé sur 4.000 observations)

SÉRÉBROFF

de Léninegrad	: 5,2 %	(— 425 —)
WERTHEIM	: 6,6 %	(— 120 —)
FINISTERER	: 9,7 %	(— 133 —)

MAUTHUER

de Vienne	: 12 %	(— 93 —)
-----------	--------	------------

Si, comme nous le voyons, le taux de la récurrence peut être variable, un fait reste incontestable : la récurrence est plus fréquente qu'elle ne paraît.

D'après les données précédentes, nous croyons que le taux de 6 à 7 % n'est pas exagéré. Nous pensons même que ce chiffre reste au-dessous de la réalité pour plusieurs raisons :

1° Beaucoup de cas d'avortement tubaire au début peuvent passer inaperçus.

2° Un grand nombre de malades opérées pour grossesse extra-utérine ne peuvent pas être suivies après l'intervention et échappent ainsi à nos recherches.

3° Tous les cas de récidence ne sont pas publiés.

Il n'y a, en général, de récidence que dans les cas de grossesse tubaire.

Si le deuxième accident a lieu, dans la majorité des cas, du côté opposé, il peut s'observer parfois dans des conditions fort curieuses, par exemple *sur la corne utérine où sur le moignon* de la trompe opérée.

De même, la possibilité d'une *grossesse utérine intercalée entre deux ectopies*, pour être rare, n'en est pas moins importante à signaler.

Mentionnons enfin qu'il peut y avoir exceptionnellement *gravidité simultanée des deux trompes*.

INTERVALLE ENTRE LES DEUX ACCIDENTS

Le temps écoulé entre les deux ectopies est d'une grande variabilité. Dans notre obs. N° IV, la femme, opérée en juin 1921, a dû subir une seconde intervention cinq mois plus tard. BALDY, au contraire, cite un cas avec douze années d'intervalle.

SMITH, basé sur 145 cas, donne le chiffre moyen de 30 mois.

VARNIER et SENS, sur 56 cas, en observent 35 avec un intervalle allant de 3 à 24 mois.

Ces statistiques, bien qu'elles n'aient qu'une valeur toute relative, nous montrent cependant que c'est *surtout dans les trois années après l'intervention* que la femme opérée de grossesse ectopique a le plus grand risque de récidiver.

FRÉQUENCE DE LA RÉCIDIVE PAR RAPPORT A LA FÉCONDATION UTÉRINE POSTÉRIEURE A UNE GROSSESSE ECTOPIQUE

Le chiffre donné par MARTIN sur la fécondation utérine post-opératoire serait d'environ 20 %. Pour DIÉTRICH, il serait de 28 %.

MAUTHUER de Vienne nous rapporte que sur 93 opérées de grossesse extra-utérine qu'il a pu suivre, il y a eu 31 grossesses utérines et 11 récidives, soit 3 grossesses normales pour 1 récidive. PESTALOZZA et ROSEINSTEIN arrivent, dans leurs statistiques, à des résultats analogues.

En faisant la moyenne, nous arrivons au taux approximatif de 25 % de grossesse normale après grossesse extra-utérine, chiffre suffisamment important pour qu'on soit obligé d'en tenir compte dans le choix de l'intervention à faire.

En ce qui concerne l'avenir génital des femmes opérées de grossesse tubaire, notons également que le pourcentage de celles qui deviennent stériles reste considérable (50 à 60 %), malgré les causes d'erreur possibles : toutes ne peuvent pas être suivies et il y en a qui, par crainte des accidents qu'elles avaient déjà subis, évitent la grossesse volontairement.

Signalons enfin pour mémoire le cas de PEARSON où une femme devient enceinte et fait une grossesse normale après deux grossesses tubaires traitées, il est vrai, non radicalement.

OBSERVATIONS

Nous avons pu, en vue de l'analyse étiologique précédente, réunir un certain nombre d'observations cliniques, dans le service de notre maître, le professeur Lapeyre. Nous les résumons ci-après :

N° Obs.	NOM	AGE	Antécédents gynécologiq.	Antécéd. obsté.	Opérée le, pour	Opération pratiquée
1	Antoinette R	30	Règles régulières. Pertes blanches	2 gros. ant. dont 1 f. c.	27-9-19 Gros. tub. g. Hématoc. anté-ut.	Annexectomie g. Ovari- tomie part. d. (point kys.)
2	M....	42	Réglée à 14 ans. Règles régul. Pertes blanches.	2 gros. ant. dont 1 f. c.	5-5-20 Gross. extra-ut. Hémato- cèle enkystée.	Hystérectomie subtotale
3	F...	21	Réglée à 13 ans. Durée 3, 4 j. douleurs le 1 ^{er} jour.		8-2-23 Rupt. gros. tub. d.	Ablation trompe d.
4	L. Marie	23	R. à S.	Acc. norm. en nov. 1922	29-10-23 Avort. tubaire. Nidat. anté-utér.	Laparotomie. Ablation de la poche séro - hémat.
5	S... M....	36	Réglée à 11 ans. Douleurs le 1 ^{er} jour.		28-1-24 Rupt. gr. tub. g.	Ablation des 2 trompes. Ovaires laissées. Drainage Douglas
6	M... R..	29	Réglée à 13 ans. Durée 5 jour. Doul. 1 ^{er} j.	Gross. norm. en 1923	20-3-24 Gros. tub. d.	Annexectomie d.
7	Irène L...	27	Réglée à 15 ans. Durée 8 j. Doul. le 1 ^{er} jour.		22-1-26 Gros. tub. d.	Ovariectomie
8	A... Joseph	29	Réglée à 11 ans.	2 gros. ant. dont 1 gémeil.	7-10-26 Gros. tub. d.	Annexectomie d.
9	Angèle J...	37	Réglée à 14 ans.	4 gross. ant. dont 2 f. c.	31-7-26 Gros. tub. g.	Salpingectomie g.
10	S... V...	25	Réglée à 14 ans. Irrég., dou.	1 gros. ant.	9-10-26 Gros. tub. romp. avec an- nexite bilat. scléro-kystiq.	Hystérectomie subtot.
11	S... Marie	24	Ablation ovaire d. (d'ori- gine tuberculeuse).		13-8-27 Rupt. gr. tub. gé.	Ablation trompe g.
12	P... Louise	37	R. à S.	2 gros. en 1910 + 1926	13-11-28 Gros. tub. romp.	Ablation trompe d.

13	L... Féline	26	Jusqu'à mariage : règles douloureuses. Depuis normales.	R. à S.	2 gros. ant.	7-11-32 Gros. tub. g.	Salpingostomie d. Annexectomie g.
14	F... F...	32			1 gros. ant.	26-4-32 Rupt. gros. tub d.	Annexectomie d. Eviden: pet. kyste ov. g.
15	Georgette B.	23	Jusq. mar. règles avancées durée 7, 8 jours. Depuis durée 4 jours. Pertes blanches.		1 gros. ant.	7-12-32 Rupt. gros. tub. g. Hématocèle rétro ut.	Salpingecto g. Drainage Douglas
16	C....	30	Règles déb. à 19 ans. Ir-régul. avancées de 8 à 10 j., peu abond. Pertes blanches.		1 gros. ant.	19-7-33 Avort. tub. g.	Annexecto g. Drainage du Douglas
17	F... L...	24	Règles avancées de 3 à 4 jours, durée 4, 5 jours, abondantes. Pertes blanches.		1 gros. ant.	17-2-34 Avort. tub. d. kyste ovar. d.	Annexecto. d.
18	B. M...	37		R. à S.	1 gros. ant. (à 34 ans).	15-11-34 Hématocèle rétro-ut. Gros tub. d.	Annexecto. d.
19	Elise S...	32		R. à S.	2 gros. ant.	10-10-34 Gros. tub. d.	Ablat. trompe d.
20	N...	27	Réglée à 11 ans. Durée 8 jours.		6 gros. ant. dont 2 avort.	28-1-35 Gros. tub. d.	Hystérectomie sub. (lésions des 2 trompes)
21	M... M.	27	Réglée à 17 ans. Durée 9 j. Dou. et odor.		Acc. en 1927 (infection puerpér.)	19-6-35 Gros. tub. d.	Annexectomie d. Salpingostomie g.
22	P...	34		R. à S.	3 gross. ant.	10-9-35 Gros. tub. g.	Hystérect. sub.
23	L. T...	21	Réglée à 12 ans. Règles avancées 5, 6 j., dou. dur. 3, 4 jours. Leucorrhée à la fin.			22-10-35 Gros. tub. d.	Annexecto. d.
24	A...		Réglée à 14 ans. Irrégul. abond., douleurs quel-quefois, durée 8 jours.		4 acc. norm. 1 f. c. récente	31-12-35 Rupt. gr. tub. g.	Annexectomie g.

DEDUCTIONS PATHOGENIQUES

L'étude pathogénique de la grossesse extra-utérine nécessite une compréhension préalable du mécanisme de la fécondation ovulaire.

Toute grossesse ectopique présuppose, en effet, une fécondation d'un ovule. Cette opération peut être subdivisée en plusieurs temps qu'il est utile de rappeler pour en étudier ensuite les modifications pathologiques.

MÉCANISME DE LA FÉCONDATION NORMALE

Le spermatozoïde, déposé dans les voies vaginales, effectue sa migration utérine, puis va s'engager dans une trompe. Il progresse vers l'extrémité ovarienne de celle-ci. C'est alors que, pour la majorité des auteurs, cet élément mâle rencontre, dans le 1/3 externe de la trompe, l'ovule pondu par l'ovaire quelques jours auparavant.

L'œuf fécondé se trouve ainsi dans la trompe, mais n'y reste pas.

Aidé en cela par les mouvements propres de cette dernière et par l'épithélium cilié de la muqueuse tubaire, il est alors dirigé vers l'utérus, franchit l'ostium-utérin et se fixe en un point de la muqueuse utérine déjà modifiée par l'action du corps jaune gestatif de l'ovaire et prête à le recevoir.

Là, il se vide et poursuit son évolution.

MÉCANISME DE LA NIDATION ECTOPIQUE EN GÉNÉRAL

Le déterminisme de l'arrêt anormal dans la migration de l'œuf doit être diversement interprété suivant le point où se produit cet arrêt et suivant que l'œuf a ou n'a pas encore pénétré dans la trompe. On peut grouper en :

1° Grossesse ectopique extra-tubaire

2° Grossesse ectopique endo-tubaire.

Dans le premier cas, l'évolution de l'œuf, arrêtée très tôt, réalise ces *grossesses ovariennes ou péritonéales*, voire même développées sur une frange ovarique. L'œuf fécondé peut également se greffer à l'entrée de la trompe et former ainsi la variété *tubo-abdominale* ou *fimbriaire*.

Dans les grossesses endo-tubaires, les plus fréquentes (9 fois sur 10), l'œuf fécondé peut s'arrêter dans la trompe et s'y développer, surtout *dans l'ampoule* bien plus souvent que *dans l'isthme*. Il peut se nider aussi dans la portion interstitielle qui traverse la paroi utérine et alors bomber vers la trompe (*tubo-interstitielle*) ou vers l'utérus (*utéro-interstitielle*) ou même dans l'épaisseur de la paroi utérine (*intra-murale*).

CAUSES DE LA GROSSESSE TUBAIRE

Les causes qu'on invoque pour expliquer la grossesse tubaire sont aussi multiples qu'ingénieuses. C'est justement parce qu'elles sont trop nombreuses qu'aucune d'elles ne satisfait entièrement l'esprit. Nous allons les passer successivement en revue : nous dirons seulement quelques mots sur celles qui nous paraissent d'une importance secondaire, pour nous occuper davantage de celles qui présentent un intérêt plus grand.

Cause ovarienne

Certains incriminent un trouble du fonctionnement du corps jaune ou une altération de l'épithélium folliculaire.

D'après STRASSMANN, par exemple, les ovaires malades (inflammation, dégénérescence scléro-kystique) donnent naissance à des ovules atypiques, qui se fixeront avant d'avoir atteint la cavité utérine.

D'autres pensent que l'ovaire enflammé s'entoure de brides péritonéales et devient adhérent, toutes causes qui favorisent l'arrêt de l'œuf sur place.

Cause ovulaire

L'œuf, pour se greffer, a besoin d'avoir un certain développement. Quand il l'a atteint, il se fixe là où il se trouve. Tout retard dans la traversée de la trompe fait que l'œuf se nidera d'une manière anormale.

Cause utérine

Dans les déviations de l'utérus, les trompes accompagnent souvent ce dernier dans ses mouvements de bascule. Certains voient, dans les coudures et les torsions ainsi produites du côté des trompes, une cause empêchante de la migration normale de l'œuf.

On croit également que les tumeurs pelviennes déviant l'oviducte, les fibromes utérins empêchant la chute de l'ovule dans la matrice peuvent eux aussi agir comme facteurs favorisants.

Cause tubaire

Une lésion de la trompe, voilà enfin, semble-t-il, la cause principale de l'obstacle à la migration ovulaire de l'ovaire vers la cavité utérine.

C'est dans ce sens qu'agissent *les malformations congé-*

nitales de la trompe (trompe infantile, coudée ou bifurquée, pavillon accessoire, diverticule, imperforation de l'ostium utérinum), ainsi que les *lésions acquises à la suite de phénomènes inflammatoires* (imperméabilité de l'ostium abdominal par accollement des franges du pavillon, soudure des villosités tubaires, obstruction du canal par des polypes muqueux, adhérences et coudures par des brides inflammatoires).

Discussion et conclusion

On le voit, aucune cause possible et imaginable n'a été oubliée.

De par leur nombre, toutes ces explications ne sont en réalité que des tentatives d'explication : aucune d'elles n'a une valeur absolue.

Les unes sont fantaisistes. Les autres qui paraissent plus vraisemblables (malformation de la trompe, imperforation de l'ostium utérinum...) perdent cependant beaucoup de leur prix, du fait qu'elles ne sont pas vérifiées dans la majorité des cas.

Nous nous rangeons, quant à nous, du côté de ceux qui croient en une lésion acquise — *l'infection utéro-annexielle* — la genèse probable des grossesses tubaires.

Car si, vraiment, il y avait prédisposition congénitale, pourquoi l'organe n'aurait-il pas fonctionné anormalement dès la première fois ?

a) Arguments en faveur de cette théorie inflammatoire

Nous avons vu, dans le chapitre de l'analyse étiologique, combien sont nombreuses les femmes qui ont eu une contamination génitale antérieure à l'accident. Celle-ci peut être soit une infection gonococcique, soit une infection post-abortive ou post-puerpérale. Il s'agit souvent aussi d'une infection utéro-annexielle atténuée, latente, passée en géné-

ral inaperçue mais qui cependant avait suffisamment altéré la trompe pour amener une stérilité temporaire d'abord, une fixation anormale de l'œuf ensuite.

Ce qui fait que si ces lésions inflammatoires n'expliquent pas d'une manière probante toute l'étiologie de la greffe anormale de l'ovule fécondé, il est permis de croire qu'elle doit y jouer un certain rôle, sinon le plus prépondérant.

b) *Comment s'explique ce rôle de l'inflammation*

Le rôle mécanique des *contractions tubaires* dans la migration ovulaire est, à l'heure actuelle, démontré. Il est admis également que l'*épithélium* de recouvrement de la muqueuse tubaire, pourvu de cils vibratils, coordonne son action à celle des mouvements de la trompe pour faciliter la progression de l'œuf vers la cavité utérine.

On conçoit alors facilement que les *altérations inflammatoires discrètes* peuvent modifier considérablement l'élasticité et la contractilité tubaire et favoriser ainsi la nidation endo-salpingienne.

En même temps, l'épithélium cilié peut être plus ou moins détruit et il y a néoformation vasculaire avec exudat inflammatoire, toutes causes qui, tout en créant un obstacle à l'acheminement de l'œuf, aide également à sa fixation.

ETUDE PATHOGÉNIQUE DES RÉCIDIVES DE GROSSESSE TUBAIRE

En général, on admet que les *facteurs de la récurrence* sont de même nature que ceux de la première atteinte.

Nous n'allons donc pas revenir sur cette question déjà traitée dans le chapitre précédent, mais nous essaierons de rechercher la *présence de lésions ou de dispositions bilatérales qui puissent expliquer cette répétition*.

La récurrence peut plaider en faveur d'une *disposition anatomique* spéciale de la femme ; seulement il est exception-

nel qu'on ait constaté une malformation congénitale telle que la persistance des canaux de Muller, l'existence des pavillons accessoires, la présence des coudures, etc...

C'est pour cela que, si séduisante qu'elle paraisse, cette théorie ne correspond que d'une façon incomplète aux observations cliniques, où il s'agit d'ordinaire de femmes ayant présenté plusieurs grossesses normales antérieures.

La fréquence de la récidive chez les multipares tend à faire supposer qu'une *certaine modification bilatérale acquise* s'était produite, rendant apte à l'ectopie la trompe, alors que sa muqueuse était primitivement normale.

Etant donné l'origine inflammatoire probable lors des premiers accidents, on comprend que l'infection qui a joué le rôle déterminant dans leur genèse continue bien souvent, après l'intervention, son action au niveau des annexes opposés, expliquant ainsi parfaitement le mécanisme de la récidive.

D'ailleurs, *les lésions salpingiennes inflammatoires, agent causal de l'accident initial, sont rarement unilatérales*. Et puis même si elles l'étaient au moment de la première ectopie, elles se sont souvent bilatéralisées au cours des suites éloignées post-opératoires.

— *Plus embarrassant à expliquer sont ces cas rares de gravidité utérine intercalée entre deux grossesses ectopiques.*

Il doit y avoir des conditions déterminantes de la grossesse extra-utérine qui sont susceptibles de disparaître par instant pour reparaître ensuite ou qui s'amendent dans certains cas.

Pour qui connaît l'allure chronique avec *poussées successives des salpingites*, s'explique ainsi la possibilité d'amélioration permettant une grossesse normale qui s'in-

tercale entre deux poussées (contemporaines à deux accidents ectopiques).

Il se peut également que la trompe, laissée en place au cours de la première intervention, ne présente tout d'abord que des lésions trop minimes pour empêcher une gravidité utérine. Mais l'inflammation de cette trompe progresse de plus en plus (peut-être même favorisée par l'accouchement de la grossesse normale intermédiaire) d'où deuxième ectopie gravidique.

— *Enfin, si les lésions sont bilatérales comment expliquera-t-on les gestations normales qui surviennent dans 25 % des cas après une grossesse extra-utérine ?*

Nous avons vu qu'à l'origine du premier accident, il peut s'agir quelquefois d'une lésion catarrhale superficielle. Or, ces lésions sont susceptibles de rentrer dans l'ordre à la suite de l'intervention et la fécondation normale peut alors avoir lieu.

À première vue, il nous semblera également que si le côté opposé est souvent atteint de mêmes lésions, il devrait être particulièrement exposé à un nouvel accident. Si donc la récurrence est pourtant rare, c'est parce que la femme est vouée, la plupart du temps, à la stérilité persistante.

— *Nous concluons donc à l'origine inflammatoire des grossesses tubaires.*

Les lésions, souvent bilatérales, sont d'abord marquées d'un côté, d'où première anomalie. Puis, après l'intervention, ou bien elles s'amendent du côté de la trompe laissée en place, ce qui rendra possibles les grossesses normales, ou bien elles progressent. Dans cette dernière éventualité, on assistera soit à une récurrence (impermeabilité tubaire incomplète) soit à une stérilité définitive (impermeabilité tubaire totale),

ETUDE CLINIQUE

TABLEAU SYMPTOMATIQUE

Le tableau symptomatique de la récédive *ne présente pas de cachet spécial*. L'ensemble des observations nous montre qu'il ressemble à celui de toutes les grossesses ectopiques avec ses différents types cliniques, et nous croyons inutile de reproduire ici en détail les descriptions classiques, auxquelles nous n'ajouterons certainement rien.

Nous nous contentons d'esquisser les grandes lignes de cette symptomatologie bien connue de tous :

Avant le cinquième mois

La malade présente les signes habituels de la grossesse au début. L'aménorrhée cependant n'a pas un caractère net et est coupée souvent de pertes sanguines peu abondantes, noirâtres, de courte durée, mais répétées. La douleur est aussi un élément quasi constant. Enfin, à l'examen, on constate, dès que la grossesse est un peu ancienne, une masse para-utérine unilatérale, indépendante de l'utérus.

Après le cinquième mois

Si le fœtus est vivant, la femme sentira son enfant remuer, et les bruits du cœur peuvent également être perçus. Mais tous ces symptômes sont très superficiels.

Les complications.

Il est bien rare cependant que la grossesse tubaire évolue sans incident jusqu'au terme.

La plupart du temps, surviennent des complications très graves (avortement tubaire, rupture...) suivies habituellement de la mort du fœtus.

DIAGNOSTIC

Etudier le diagnostic de la récurrence revient à étudier celui de la grossesse tubaire proprement dit. Il ne présente rien de caractéristique, cependant il *peut être facilité* par le fait que les lésions doivent en général se trouver du côté opposé à la première atteinte.

D'autre part, dans beaucoup de cas, il est *fait par la femme elle-même* qui a gardé un impressionnant souvenir des signes de son premier accident et qui va voir aussitôt le médecin dès qu'elle éprouve quelque inquiétude.

— Au début, le diagnostic différentiel est à faire avec une fausse couche ou une annexiste.

— En cas d'avortement et de rupture tubaire, on peut les confondre avec une péritonite par perforation, une appendicite, une torsion de kyste ovarien ou avec les coliques hépatiques et néphrétiques.

PRONOSTIC

Le pronostic de la récurrence *n'est pas plus grave* que celui de la première ectopie.

Au point de vue fonctionnel cependant, la castration bilatérale qu'entraîne la récurrence est à la source de toute une gamme d'accidents endocriniens (ménopause chirurgicale), variables suivant l'opération pratiquée.

TRAITEMENT

Nous n'avons pas l'intention de reprendre avec tout le développement qu'elle comporte l'importante question du traitement chirurgical de la grossesse tubaire, aujourd'hui devenu classique.

Nous n'envisagerons donc le traitement de l'accident initial qu'en fonction de l'avenir des malades. Nous ajouterons également quelques mots sur celui de la récurrence proprement dite.

A) TRAITEMENT DE L'ACCIDENT INITIAL

CONDUITE OPÉRATOIRE

Une question se pose: « *Doit-on, lors de la première intervention pour grossesse tubaire, enlever les 2 trompes pour éviter les récurrences possibles?* »

Notre maître, le professeur LAPEYRE, dans les leçons de clinique qu'il nous a faites à l'hôpital St-Eloi, considère avec juste raison qu'on ne peut pas priver la femme de la possibilité d'avoir d'autres enfants, en la stérilisant totalement après une première grossesse tubaire.

COTTE de Lyon, FUNCK BRENTANO et beaucoup d'autres auteurs émettent des avis analogues.

Il suffit d'ailleurs de mettre en balance les cas de gravité ectopique suivis de récurrence et ceux suivis de gros-

sesse normale (voir chapitre de l'analyse étiologique) pour qu'on soit obligé de renoncer à la stérilisation systématique proposée par quelques chirurgiens.

La castration double, d'ailleurs, n'est pas sans présenter d'inconvénients, surtout chez une femme jeune, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue social.

D'autre part, dans les cas de récurrence, l'intervention est généralement faite sans retard, la malade étant sur ses gardes; aussi les résultats en sont d'ordinaire très satisfaisants.

Evidemment, il ne faut pas être trop systématique ni d'un côté, ni de l'autre.

La tendance ultra-conservatrice préconisée par certains auteurs qui se bornent à exprimer l'œuf de la trompe, siège de la grossesse, et suturer la rupture, ne doit être envisagée que pour des *cas d'exception*.

En un mot, il faut bien étudier le problème sous ses différents angles avant de prendre une décision.

Se trouve-t-on en présence d'une personne qui manifeste le désir de pouvoir courir les chances d'une nouvelle grossesse, il n'y a pas d'observation possible. On a le devoir d'accéder à son désir, si grands que puissent être les risques de récurrence.

Lorsqu'on est seul juge de la conduite à tenir, il paraît logique d'obéir à ce *principe qui consiste à conserver tout organe sain* et n'enlever que les parties reconnues malades. Il faut toujours faire un examen méthodique des 2 annexes avant de décider les organes à sacrifier; et on ne saurait, par exemple, considérer comme une lésion, la simple congestion de la trompe non gravide.

L'INTERVENTION PROPREMENT DITE

Toute grossesse tubaire diagnostiquée doit être opérée. Le seul problème qui puisse encore se poser, c'est de savoir à quel moment et comment il faut intervenir.

1° *Du moment de l'intervention*

a) Evolution normale

Pendant les 5 premiers mois, tout le monde est d'accord pour *l'intervention immédiate*, à cause des dangers graves qu'on fait courir à la mère, en cas de temporisation.

Là où les avis sont plutôt partagés, c'est l'indication opératoire de la grossesse tubaire à terme ou près du terme.

Les partisans de l'expectation armée veulent tenter la chance de sauver l'enfant et, la femme étant au repos et bien surveillée, préfèrent se rapprocher du terme à moins d'incident imprévu.

Cette conduite, à notre avis, n'est à retenir que dans les cas où il s'agit d'une famille aisée, désirant ardemment un enfant à n'importe quel prix et que la femme puisse se mettre au repos complet pendant les derniers mois de la gestation, et enfin qu'elle accepte l'opération inévitable près du terme.

Dans le cas contraire, chez une femme qui est obligée de travailler — ce qui l'expose à des accidents d'avortement ou de rupture — nous pensons qu'il vaut mieux la débarrasser *immédiatement* de sa mauvaise grossesse.

Les chiffres de PALLIEZ sont assez éloquentes en ce qui concerne le pronostic maternel suivant la date de l'intervention.

Si la mère est opérée, l'enfant étant vivant:

- avant le 7^e mois, la mortalité pour la mère est de 5 %
- à terme, la mortalité pour la mère est de 21 %
- après terme, la mortalité pour la mère est de . . . 32 %

D'autre part, les risques que l'on fait courir à la mère ne sont nullement compensés: la règle pour le fœtus est la mort avant terme ou à terme (avant son extraction ou après, parce que débile). Quant au nombre infime de rescapés, ils deviennent la plupart du temps ou des idiots ou des arriérés et souvent agrémentés en plus de malformations variées.

La mère est un être vivant, connu, réel pour ainsi dire ; quand à l'enfant, on n'en sait rien. Donc puisqu'il faut sacrifier l'un des deux, c'est celui que l'on ne connaît pas qu'il faudra choisir.

b) Complications

Pour ce qui concerne le traitement des complications de la grossesse tubaire, il n'y a pas de règle fixe.

On doit s'inspirer non seulement de la gravité des cas, mais encore de l'état de la maladie, ainsi que des moyens dont on peut avoir à sa disposition.

Devant une *rupture tubaire avec hémorragie cataclysmique*, l'opération n'est pas réalisable si la malade est trop shockée. Le transport d'urgence n'est pas non plus à conseiller.

Quand il s'agit d'une *petite hémorragie*, il faut, au contraire, intervenir le plus tôt possible. L'expectative opératoire préconisée par certains, dans l'espoir d'une hémostase spontanée, n'est pas sans danger à cause des hémorragies tardives graves qui pourront survenir ultérieurement. Il arrive fréquemment aussi que les femmes traitées expectativement se plaignent plus tard de troubles persistants, dus à des adhérences résultant de la résorption de l'hématocèle.

Enfin, *en cas de mort du fœtus*, l'intervention immédiate n'est pas nécessaire. S'il n'y a pas de risque d'infection, il est préférable d'attendre que la circulation interkysto-placentaire se ralentisse quelque peu.

2° *Technique à suivre :*

La laparotomie qui s'impose à l'heure actuelle est de plus en plus adoptée grâce aux progrès de l'asepsie.

Le siège, en général, élevé dans le bassin de l'ectopie indiquerait déjà la voie abdominale comme permettant un abord plus aisé des lésions. D'autre part, elle permet de maîtriser facilement l'hémorragie si jamais elle se produit.

La voie basse, en dehors des indications précises, est à proscrire. Il ne faut y avoir recours que dans les cas où l'hématocèle a suppuré pour éviter une infection péritonéale possible. Maygrier la recommande aussi quand le kyste est bas situé, dans l'excavation, le placenta s'insérant sur la paroi abdominale. Mais dans tous ces cas, il faut une antiseptie rigoureuse et il faut pratiquer le drainage de la cavité.

B) TRAITEMENT DE LA RECIDIVE

1° TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE (lors du premier accident)

— *En règle générale, il faut faire l'ablation de la trompe gravis.* Sa conservation ne doit être envisagée que dans les circonstances exceptionnelles (quand la trompe opposée a déjà été enlevée, par exemple) et elle ne vise que les cas d'avortement tubaire et non les cas de rupture. Et encore, cette opération conservatrice ne doit être tentée que sous certaines réserves bien définies par G. BOSSENA (la trompe ne présente absolument aucune lésion, ni étranglement, ni coudure, ni adhérence; sa lumière perméable; l'ovaire correspondant sain) et seulement chez les femmes encore jeunes, susceptibles d'avoir une nouvelle grossesse.

— La récidive dans une trompe déjà opérée pour ectopie est une chose rare mais incontestable. C'est pour cette raison qu'on a conseillé l'*évidement cunéiforme* de la corne utérine dans le traitement de la grossesse tubaire de façon à éviter toute nidation ultérieure d'un ovule dans le moignon laissé en place.

En pratique, et surtout quand on est obligé d'aller vite, c'est à la *Salpingectomie totale* qu'on a recours, technique facile et d'exécution rapide.

— *Quant à la trompe non gravide*, en dehors du traitement radical qui devra être l'exception, on pourra dans certains cas libérer les adhérences, faire une salpingostomie quand le pavillon est obstrué.

— *Enfin quand l'état des organes l'exige*, il ne faut pas hésiter à faire une *hystérectomie* totale ou subtotale surtout chez les femmes d'un certain âge, à passé génital plus ou moins chargé et qui ont eu déjà beaucoup d'enfants.

Il ne faut pas oublier non plus *d'attirer l'attention de la malade*, une fois qu'elle est guérie, sur la possibilité d'un nouvel accident et de la conseiller d'aller voir un médecin à la moindre alerte.

2° TRAITEMENT DE LA RÉCIDIVE PROPREMENT DITE.

Dans l'intervention pratiquée pour la récidive de grossesse tubaire du côté opposé, *on a le droit de pratiquer une opération radicale*, car la possibilité d'une grossesse utérine après 2 extra-utérines est exceptionnelle.

Deux conduites à tenir s'offrent au chirurgien: *l'hystérectomie subtotale* pure et simple pratiquée rapidement (avec ou sans conservation de l'ovaire) et la *castration unilatérale* totale ou partielle (avec ou sans conservation de l'ovaire).

La question doit être résolue d'après l'état de l'utérus lui-même.

Quand les conditions le permettent, quand, par exemple, ce dernier ne présente pas de lésions fibromateuses ou métritiques, sa conservation est évidemment indiquée.

Il est bon de le conserver avec un ovaire si possible, car on gardera ainsi à la femme sa menstruation en même temps qu'on lui évitera les troubles parfois accusés de la ménopause opératoire précoce.

Lorsque, au contraire, les ovaires sont malades, il ne faut pas hésiter à les enlever. On remédiera aux accidents de la ménopause chirurgicale par une médication opothérapique appropriée ou par une greffe ovarienne.

Enfin, dans les cas où il s'agit d'une femme jeune qui désire avoir un enfant, on est permis de pratiquer certaines *opérations plastiques* de la trompe, telles que cathétérisme rétrograde, réimplantation utérine, salpingolyses et salpingoplasties.

On est également autorisé à essayer la technique de suture de la trompe rompue, préconisée par SELHEIM (Leipzig), ou avoir recours à la salpingostomie du pavillon avec ourlage des bords de l'orifice et fixation de l'ovaire à la brèche.

Les grossesses survenant à la suite de ces opérations conservatrices sont beaucoup moins rares qu'on ne le croit; on a donc le droit de faire appel à celles-ci dans certaines conditions déterminées.

OBSERVATIONS

PREMIER GROUPE

(Observations I à VII)

RECIDIVE DE GROSSESSE TUBAIRE

OBSERVATION N° I

*(Observation du Service de Clinique Gynécologique
de Montpellier : Professeur LAPEYRE)*

Marcelle R...

25 ans.

A) *Entrée dans le service le 22-5-1934 pour douleurs abdomino-pelviennes.*

Antécédents généraux: Rien à signaler.

Antécédents génitaux:

Menstruation:

Début: 13 ans.

Etat: avançant de 8 à 10 jours, durée 2 à 3 jours, oligoménorrhée, douleurs le premier jour. Dernières règles du 13 au 16 avril 1934. Deux grossesses normales à terme en 1926 et en 1929 (enfants en bonne santé).

Interrogatoire:

Depuis l'âge de 17 ans (mariage), la malade éprouve des

douleurs abdomino-pelviennes surtout à gauche, au-dessus de l'arcade crurale irradiant vers la cuisse gauche et vers la région lombaire des 2 côtés. Ces douleurs, sans rapport avec les règles, sont plus accusées à la station debout et à l'effort.

Depuis 15 jours, accentuation des douleurs.

Pas de leucorrhée, pas de métrorrhagie.

La malade a actuellement ses règles, celles-ci ayant retardé de 10 jours.

Examen clinique (le 26 mai 1934) :

A jour frisant, on voit se dessiner au-dessus du pubis, à 3 cm. au-dessus de la symphyse, une saillie arrondie correspondant au corps utérin.

Toucher: col utérin regardant en arrière, en situation normale, paraissant métritique. Dans le cul-de-sac antérieur, on perçoit le corps utérin augmenté de volume (petite orange) auquel paraît annexée une masse kystique du volume d'une orange qui paraît coiffer sa corne gauche. Cette masse, perceptible par le cul-de-sac gauche mais en situation assez haute, est sensible à la pression et mobilisable. A droite, on perçoit les annexes sous forme d'un cordon sensible au fond du cul-de-sac. Le cul-de-sac de Douglas est douloureux.

Hystérométrie : 5 cm.

Diagnostic:

Grossesse extra - utérine gauche.

Intervention: le 1^{er} juin 1934.

Anesthésie à l'éther.

Laparotomie sous-ombilicale, médiane.

Le ventre ouvert, l'épiploon de couleur marc de café apparaît au niveau de la région pubienne. En le dégageant doucement, on aperçoit une masse de couleur vert noirâtre qui adhère lâchement au péritoine vésical (on la sépare fa-

cilement). Cette masse a toute l'apparence de caillots organisés. Passant alors en arrière de cette masse, on la trouve adhérente à une anse grêle et à la face antérieure de l'S iliaque.

Avec précaution et lentement, on procède au décollement de ces anses intestinales adhérentes et on arrive dans le Douglas qui est rempli d'une bouillie de caillots relativement mous au milieu de laquelle on sent une masse plus résistante correspondant aux annexes gauches très modifiées et une masse plus petite à droite correspondant aux annexes droits normaux.

Les masses annexielles sont dégagées du Douglas et extériorisées. L'utérus devient reconnaissable quoique son fond soit casqué de caillots organisés, impossibles à détacher.

Les anses intestinales décollées sont examinées au niveau de leur zone adhérente. Il n'y a pas de solution de continuité de la séreuse qui, au contraire, est recouverte par une petite couche de caillots fibrineux organisés impossibles à détacher.

Résection des annexes gauches qui forment une masse informe où l'on reconnaît cependant l'ovaire au milieu des caillots sanguins.

Ligature des pédicules.

Nettoyage et assèchement du Douglas.

Fermeture en 3 plans.

Surjet péritonéal.

Points séparés par l'aponévrose.

Agrafes sur la peau.

B) *La malade revient au service le 22 mai 1936:*

Depuis deux jours, la malade accuse des douleurs dans la fosse iliaque droite. Elle ressent en même temps une tuméfaction douloureuse dans cette région. Quand les dou-

leurs ont débuté, la malade a eu un léger écoulement sanguin qui n'est pas en relation avec les règles. Ces dernières sont arrivées le 10 mai, en avance de 14 jours sur les précédentes.

Le toucher montre un col utérin irrégulier mais pas ramolli. Le corps utérin est petit, mobile, sensible mais paraît refoulé à gauche par une masse de consistance assez molle, de volume d'un œuf de poule, sensible à la pression et qui semble bien être d'origine annexielle.

Le Douglas est libre et pas très sensible.

Intervention le 8 juin 1936:

Anesthésie à l'éther.

Laparotomie.

A l'ouverture du ventre, après avoir rompu quelques adhérences de l'épiploon à la cicatrice, l'utérus apparaît, congestionné, flanqué sur son côté droit d'une trompe de couleur bleuâtre, distendue dans sa moitié externe et qui a toutes les allures d'un hématosalpinx.

La main introduite dans le Douglas en retire la valeur de 2 cuillerées à soupe de caillots noirâtres, épaissies à leur périphérie et constituant une sorte de carapace fibrineuse adhérente au péritoine et à l'S iliaque.

Il est facile alors de dégager complètement et de pédiculiser les annexes du côté droit qui forment une tumeur du volume d'une petite orange constituée par la trompe distendue laissant échapper par son pavillon des caillots noirâtres et par un ovaire scléro-kystique (2 de ces kystes ont le volume d'un grain de raisin).

Une hystérectomie subtotala est pratiquée facilement et sans incident. Le moignon cervical non évidé est suturé par un surjet au catgut.

Après la péritonisation qui est très satisfaisante, on

achève de nettoyer le Douglas des débris fibrineux qui adhèrent au péritoine et à l'S iliaque.

L'inspection de la région cœco-appendiculaire montre un cœcum flanqué d'un appendice latéro-cœcal adhérent dont la pointe libre est retournée en crochet: on procède à l'ablation de cet appendice.

Fermeture de la paroi après en avoir disséqué les différents plans fusionnés à la suite de l'opération précédente.

La malade sort du service le 28 juin en excellent état.

OBSERVATION N° II

(Clinique gynécologique de Montpellier)

Euphrasie C...

34 ans.

Entrée dans le service le 2-7-1908 pour douleurs abdominales.

Le 28-4-1908, elle a eu ses règles à la date normale; la perte se continue jusqu'au 20 mai.

A partir de mi-juin, les règles reviennent à plusieurs reprises: elles sont irrégulières comme quantité et comme durée et elles sont accompagnées de douleurs intenses.

Le 1^{er} juillet, une crise douloureuse plus vive encore survient avec hémorragie, ballonnement du ventre et vomissement.

Examen. — Ventre ballonné, portant une cicatrice de laparotomie médiane sous-ombilicale.

Le palper douloureux ne donne aucun renseignement précis.

Le toucher montre un col utérin de volume normal, de consistance ferme, en latéro position gauche et qui regarde dans l'axe du vagin.

Le fond utérin est à 2 doigts au-dessus du pubis, à gauche de la ligne médiane. Cul-de-sac gauche libre. Dans le cul-de-sac droit, on sent une masse assez haute, mal limitée, indépendante de l'utérus, douloureuse. Dans le Douglas, on sent aussi une masse dure.

Antécédents personnels:

Réglée normalement à partir de 14 ans.

3 grossesses normales à terme, accouchement en bonnes conditions.

Opérée dans le service le 10-7-1903 pour grossesse extra-utérine (ablation de la trompe gauche).

Suites sans incident. Retour des règles en septembre. Excellente santé jusqu'à l'accident actuel.

Antécédents généraux et héréditaires: Rien à signaler.

Intervention le 21-7-1908.

Laparotomie médiane sur la cicatrice antérieure.

Pas d'adhérences intestino-pariétales.

Dès l'ouverture, on voit des trainées de sang noir liquide sur les anses intestinales. Utérus gros et congestionné.

À droite, une masse volumineuse, ovoïde, saignant facilement occupe le petit bassin à côté de l'utérus repoussé à gauche. Elle adhère surtout en arrière aux anses intestinales et aux parois pelviennes.

la libération des adhérences est pénible mais ne donne que peu de sang. La masse est énucléée, pédiculisée, excisée.

Le Douglas est plein de caillots noirs, friables paraissant datés au moins de plusieurs jours; on les enlève soigneusement. L'ovaire droit qui se trouvait en dehors et en arrière est enlevé.

À gauche, il reste sur l'utérus un moignon de trompe. L'ovaire de ce côté paraît sain mais il est extirpé par prudence.

Drainage du Douglas par le ventre.

Péritonisation des pédicules tubo-ovariens.

Suture pariétale à 3 étages.

Suites excellentes. La malade sort du service le 20 août.

A l'examen des pièces, on trouve un fœtus au milieu des caillots. Il s'agissait bien d'une rupture de grossesse tubaire.

OBSERVATION N° III

(Communication de M. VANVERTS à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lille. Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie. Année 1924, page 519)

Femme de 29 ans, bien portante, réglée tous les 35 jours.

Accouchement normal en 1911.

Avortement probable en 1916.

A) 5 novembre 1921: opérée pour grossesse tubaire droite

Anesthésie au chloroforme. Laparotomie.

Ablation de la trompe et de l'ovaire droits.

La trompe gauche semble saine mais son pavillon est rétréci. L'ovaire est petit. Ces annexes sont laissés en place.

B) Les suites opératoires furent simples et la guérison rapidement obtenue.

Les règles apparurent ensuite tous les 28 jours et ce, normalement jusqu'en fin janvier 1924. Elles sont absentes en fin février. La malade n'éprouve aucun trouble. Le 12 mars, au cours de la défécation, apparaît une vive douleur dans le côté gauche du bas-ventre.

A l'examen (12 mars 1924), on constate l'utérus en rétroflexion et à gauche de lui une masse annexielle douloureuse.

Les jours suivants: douleurs de temps en temps, toujours localisées à gauche et écoulement du sang par la vulve.

Le 19 douleurs plus fortes, hémorragie vulvaire plus abondante.

Le 23 douleurs plus fortes.

Le 25, expulsion d'un débri membraneux.

Le diagnostic de grossesse tubaire ne semblant pas faire de doute, l'intervention fut décidée.

Opération le 26 mars 1924.

Laparotomie.

Pas de sang libre dans le ventre.

Utérus gros et rétro-fléchi, mais non adhérent.

Le Douglas renferme un peu de sang et la trompe prolapsée est augmentée de volume.

On enlève l'ovaire et la trompe.

L'utérus fut fixée en anté-flexion.

Suites opératoires simples.

Guérison rapidement obtenue.

OBSERVATION N° IV

PAUCOT: *Bulletin d'Obst. et de Gynécol.* année 1922 p., 521

Madame M. G., 30 ans.

En 1918, avortement à 2 mois de gestation le lendemain d'une chute de voiture.

Elle a perdu du sang de façon presque ininterrompue pendant 6 mois, refusant toute intervention.

Puis les règles sont régularisées.

A) Les dernières règles normales ont duré du 6 au 10 avril 1921. Le 20 avril petit écoulement de sang par la vulve.

Le 13 mai douleurs dans le ventre et du côté droit et à compter de cette date, elle perd du sang rouge en petite quantité et irrégulièrement.

Le 28 mai, les douleurs s'accroissent.

A l'examen le même jour: douleur à droite au palper.

Au toucher, cul-de-sac postérieur œdémateux.

Utérus augmenté de volume.

Tuméfaction mal délimitable dans la fosse iliaque droite.

Intervention le 1^{er} juin 1921.

Laparotomie.

Le péritoine est plein de sang. De gros caillots noirs remplissent le Douglas et la fosse iliaque droite.

La trompe droite énorme, dilatée est largement rompue.

Résection de la trompe et de l'ovaire droits.

La trompe gauche était rouge, congestionnée mais son pavillon était libre et l'ovaire de ce même côté sain.

B) La malade est réglée pendant 4 jours le 25 juin.

Les règles normales de durée et d'abondance réapparaissent au début d'août, en septembre et enfin le 18 octobre.

Le 7 et 10 novembre, elle perd un peu de sang rosé, sans douleur.

Le 15 novembre, elle accuse une gêne douloureuse dans le rectum et de la constipation.

L'examen pratiqué le 24 novembre permet des constatations identiques à celles faites lors du premier accident mais la tuméfaction siège à gauche.

Intervention le 25 novembre 1921.

La Laparotomie permet de constater que la trompe gauche s'est rompue. La quantité de sang épanché est plus considérable que la première fois.

La trompe et l'ovaire gauche sont enlevées et le ventre fermé sans drainage.

Les suites opératoires sont très simples,

OBSERVATION N° V

(G. COTTE, *Lyon Chirurgical* 1922, page 605)

Femme de 33 ans.

Entrée le 5 janvier 1922 à l'Hôpital de la Charité (Lyon),
Grossesse normale à 27 ans.

A 30 ans, opérée pour grossesse tubaire droite (ablation de la trompe droite).

Suites opératoires simples.

Réglée normalement depuis l'intervention et ce, jusqu'au mois d'octobre 1921.

Au mois novembre 1921, règles avancées d'une semaine.

Au mois de décembre 1921, à deux reprises (le 24 et le 31), la malade avait eu de violentes coliques dans tout l'abdomen, avec prédominance à gauche, accompagnées de nausées et de vomissements. Température: 38°6.

A l'entrée à la charité, les phénomènes aigus avaient disparu (Température: 38°).

Au toucher, l'utérus gros, en bonne position, était doublé sur le côté gauche d'une masse annexielle excessivement douloureuse, mal limitée, plongeant dans le Douglas.

Le diagnostic avait été longtemps discuté. On avait pensé à une grossesse tubaire itérative, mais pour l'éliminer. L'absence de tout retard de règle et de tout signe de grossesse, l'évolution fébrile des accidents faisaient penser plutôt à une salpingite lorsque la malade, après avoir eu pendant 24 heures des signes de rectite fort intense avec écoulement de glaires abondantes, évacua soudain par l'anus une grande quantité de sang noirâtre, ayant l'aspect du résine: à n'en pas douter, il s'agissait d'une hématocele qui s'était ouverte spontanément dans le rectum.

La malade rentrait chez elle le 12 février; elle gardait

cependant quelques douleurs dans le bas-ventre et des pertes pour lesquelles elle revint dans le service au début du mois de mars 1922.

L'intervention pratiquée le 4 mars 1922 permet d'enlever une poche d'hémato-salpinx qui avait encore le volume d'une grosse orange.

Guérison.

OBSERVATION N° VI

M. J. CHAVANNAZ. *Journal de médecine de Bordeaux*
25-6-1926, page 541)

Femme de 35 ans.

Entre à l'Hôpital Saint-André le 29 juillet 1925 pour rupture de grossesse tubaire.

Les accidents ont débuté le matin par une douleur extrêmement vive avec état syncopal qui a duré une heure.

Au moment de l'entrée, l'état général est extrêmement mauvais.

Fait intéressant: cette malade a subi un an auparavant l'oosalpingectomie gauche pour grossesse tubaire de ce côté.

Le 29 juillet, à 18 heures sous-anesthésie générale à l'éther: laparotomie médiane sous-ombilicale.

Le péritoine contient 1 litre environ de sang.

La trompe droite est rompue; un fœtus de 2 mois et demi environ est extrait avec des caillots de la cavité abdominale.

Castration utéro-ovarienne.

Drainage à la Mikulicz.

L'état général est précaire et la mort survient 30 heures après l'opération.

OBSERVATION N° VII

(Service du Docteur CHIFOLIAU. In th. MARTIN)

Madame O.

31 ans.

Entre le 31 décembre 1924 à l'Hôpital Saint-Louis pour douleurs pelviennes, pâleur, retard d'un mois, quelques pertes sanguines.

Opérée le 28 janvier 1925.

Sang et caillots dans le ventre, grossesse isthmique rompue. Ablation des annexes gauches.

En mai 1927.

Réopérée de grossesse tubaire droite rompue.

Antécédents: Bien réglée, 3 enfants, 3 fausses couches.

DEUXIEME GROUPE

(Observations VIII et IX)

GROSSESSE TUBAIRE BILATERALE

OBSERVATION N° VIII

Grossesse tubaire bilat. avec rupture des deux trompes

(JOHNSON et DIASIO — *Gynécologie et Obstét.* 1930, p. 96)

Femme de 37 ans ayant ses dernières règles normales le 21-11-1927 et un petit écoulement sanguin durant 12 heures le 19 décembre 1927.

Entrée à l'hôpital le 19-2-1928 avec le diagnostic de fausse couche.

Elle est extrêmement anémiée.

Le bas ventre est mat, sensible.

Au toucher, on constate une tuméfaction douloureuse.

Laparotomie.

Les deux trompes distendues et perforées sont enlevées.

Au microscope, on constate des villosités choriales.

Guérison.

OBSERVATION N° IX

Double grossesse ectopique. Rupture intra-péritonéale
(in th. SAUVÉ)

Femme de 36 ans, 2 enfants.

Dernières règles en janvier 1904.

Le 1^{er} mars 1904 : douleurs violentes et soudaines du côté gauche du ventre. Quelques heures plus tard, nouvelles douleurs du côté droit. Etat de collapsus.

Après examen, l'intervention est décidée. La laparotomie montre une double grossesse ectopique rompue (grossesse interstitielle à gauche et grossesse ampullaire à droite). Ablation des trompes. Guérison.

TROISIÈME GROUPE
(OBSERVATIONS X ET XI)

Récidive sur le moignon tubaire

OBSERVATION N° X

*Rupture de grossesse E. U. - Récidive du même côté
dans le moignon de la trompe*

(A. G. WEISS et PETROVITCH - *Société de Méd. du Bas-Rhin*
Séance du 30 Juin 1928)

Femme opérée en mars 1928 d'une rupture de grossesse E. U. avec inondation péritonéale.

Deux mois après, la malade fut réadmise à la clinique avec des signes identiques.

Les auteurs, pensant à une rupture de grossesse tubaire du côté opposé, pratiquèrent l'opération d'urgence. Après laparotomie, on constate que l'œuf avait effectué sa nidation dans le moignon de la trompe sectionnée lors de la première intervention.

L'œuf et le segment tubaire furent extirpés par résection cunéiforme de la corne utérine.

Guérison.

OBSERVATION N° XI
Grossesse du moignon tubaire
(JOHANNER DIENNER, *Gynéco.*, 1922, p. 371)

Les annexes droites ont été enlevées pour tumeur kystique par voie vaginale après simple colpotomie et simple

ligature au catgut sans péritonisation ni excision cunéiforme du moignon tubaire.

16 mois après, la malade était opérée d'urgence pour rupture de grossesse ectopique.

Laparotomie : l'œuf était manifestement greffé dans le moignon tubaire.

QUATRIÈME GROUPE

(OBSERVATION N° XII A OBSERVATION N° XV)

*Gravidité utérine survenant chez les femmes
opérées de grossesse tubaire*

OBSERVATION N° XII

Prof. PINARD (*Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au
septième mois. Laparotomie. Guérison
deux gross. utér. consécutives*)

Résumé

C. L., âgée de 28 ans.

Opérée à la Clinique Baudelocque le 1^{er} avril 1892, pour grossesse extra-utérine (foetus macéré de 290 grammes).

La malade quitte la clinique le 29 mai 1892, ayant encore un petit trajet fistuleux duquel il ne sort rien.

Cette femme accouche heureusement deux ans après.

Le Professeur PINARD l'a revue le 21 juin 1897 au huitième mois d'une nouvelle grossesse utérine.

OBSERVATION N° XIII

(WYDER - *Revue des Sciences Méd.*, 15-10-1892)

(in th. BRENTANO)

Résumé

Rupture de grossesse tubaire au deuxième mois. Hématocèle retro-utérine et hémorragie intra-abdominale. Lapa-

rotomie, ablation de la totalité du sac fœtal. Deux ans plus tard, grossesse utérine avec enfant vivant.

OBSERVATION N° XIV

(HARRISSON CRIPPS - *Brit. méd. j.* 28-3-1896)

(in th. BRENTANO)

Résumé

Femme de 43 ans ayant accouché trois fois.

Opérée le 4 décembre 1891 pour rupture de grossesse tubaire droite. Ablation du kyste fœtal après laparotomie.

Trois jours après, expulsion d'une caduque.

Guérison.

Dix mois après, accouchement normal.

OBSERVATION N° XV

Grossesse intra-utérine succédant à deux grossesses extra-utérines tubaires opérées successivement de chaque côté

(W. ZANGEMEISTER - *Journal de Chirurgie* 1928, p. 315)

Résumé

Femme de 24 ans.

Opérée en février 1925 d'une grossesse tubaire gauche (ablation de la trompe gravide avec conservation de l'ovaire correspondant).

En septembre 1926, opérée de nouveau pour une grossesse tubaire droite (cette fois, on enlève la totalité des annexes droites et on complète par une ventro fixation utérine).

Fin août 1927, avortement ovulaire de deux mois. Un curettage ramène des débris manifestes de placenta (examen histologique).

CINQUIÈME GROUPE

(OBSERVATIONS N° XVI et N° XVII)

Grossesse utérine intercalée entre deux grossesses tubaires

OBSERVATION N° XVI

(Communication du D^r BALLE DE RENNES
in th. LEMARCHAND)

Marie M..., 29 ans.

Aucun antécédent remarquable.

Première grossesse ectopique gauche en août 1922.

Inondation péritonéale. Castration unilatérale gauche.

Grossesse normale en 1925 avec enfant vivant.

Deuxième grossesse tubaire du côté droit en février 1926.

Salpingectomie. Guérison.

OBSERVATION N° XVII.

(Cas de KOKMANN, publié dans *La Gazette des Hôpitaux*
du 17 mars 1898, par le D^r PUECH)

Femme tuberculeuse menstruée régulièrement à l'âge de 14 ans.

Pertes blanches depuis l'âge de 17 ans.

En 1884, avortement.

Opérée le 20 octobre 1890 pour grossesse tubaire gauche.

En 1894, grossesse utérine terminée par la naissance d'un enfant vivant.

Nouvelle intervention en juin 1896 pour accident de grossesse extra-utérine droite. Œuf de six semaines.

Mort le huitième jour de pneumonie et de péritonite.

CONCLUSIONS

1° La grossesse tubaire se rencontre surtout chez les *femmes multipares*, d'un âge moyen (*entre 25 et 35 ans*) et ayant un passé génital plus ou moins chargé (troubles menstruels, avortement, gonococcie, infection puerpérale). Mais elle peut aussi représenter la *première grossesse* chez les femmes saines.

2° *La récurrence a lieu du côté opposé* ; exceptionnellement cependant, elle peut se faire du *même côté*, quand l'opération a été incomplète.

3° *Le temps écoulé entre deux ectopies* est variable. Les statistiques montrent que c'est surtout dans les *trois années* après l'intervention, que la femme, opérée de grossesse tubaire, a le plus grand risque de récidiver.

4° *Le taux de la récurrence est d'environ 6 à 7 %*. Quant à la proportion de femmes qui, opérées de grossesse tubaire, présentent une ou plusieurs *gestations normales* après l'intervention, elle est à peu près de 25 %.

5° La possibilité d'une *grossesse utérine intercalée entre deux gestations ectopiques* ou d'une *gravidité simultanée des deux trompes* existe, bien que rare.

6° Des causes nombreuses invoquées pour expliquer la gestation tubaire, c'est une lésion inflammatoire des trompes qui semble être à l'origine de la plupart des cas.

7° *Les facteurs de la récurrence* sont de même nature que ceux de la première atteinte. C'est la présence de lésions ou de dispositions *bilatérales* qui explique cette répétition.

8° *Le tableau symptomatique et le diagnostic* de la récurrence ne présentent pas de cachet spécial.

9° *En ce qui concerne le traitement chirurgical de la première atteinte*, il faut renoncer à la stérilisation systématique ; la possibilité d'une grossesse normale ultérieure rend légitime le *traitement conservateur*. Du reste, elle peut se rencontrer chez les femmes très jeunes, au début de leur mariage ; auquel cas, il ne saurait être question de faire autre chose.

10° *Quand il s'agit d'une récurrence*, on a le droit de pratiquer une *opération radicale*, la possibilité d'une grossesse normale après deux extra-utérines étant exceptionnelle. Cependant le désir de la malade peut conduire à pratiquer les *interventions conservatrices*.

BIBLIOGRAPHIE (1)

- AUVRAY. — Cas de grossesse ectopique développée dans le moignon de trompe incomplètement extirpée. (*Revue de Gynéco. et d'Obstét.*, 1923, p. 369).
- BARONNET. — Contribut. à l'étude de la cond. à tenir dans les grossesses ectopiques du cinquième mois au terme. (*Thèse Bordeaux*, 1922).
- BOSSENA (G.). — Traitement conservateur de la chirurgie de grossesse tubaire. (*Annali di Obstet. e gin.*, mai 1922).
- BRUEL. — Récidives de grossesse extra-utérine. Etude clinique portant sur 190 observat. (*Thèse Paris*, 1915).
- CHAVANNOZ. — Récidive de grossesse tubaire. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, Juin 1926, p. 343).
- COTTE. — De la grossesse extra-utérine itérative. (*Lyon Chirurgical*, 1922 et 1923).
- DELBET. — La grossesse extra-utérine. (*Journal des Praticiens* 1931, page 804).
- DELAHOUSE. — Sur quelques cas de récurrence de grossesse tubaire. (*Thèse Lille*, 1930).
- DEVRAIGNE (L.). — Grossesse extra-utérine après le cinquième mois. (*Cliniques Obstétricales*, page 142).
- DIETRICH. — *Revue Gynécologique de Paris*, 1921, p. 684.
- DRAGOMIRESCO. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine récidivée dans la même trompe après intervention chirurgicale (*Thèse Paris* 1929).
- FALK. — *The American Journal of Obstetrics and gynecology*, 6 juin 1928.

(1) Nous adressons nos sincères remerciements au service de documentation des « Fichiers du Monde Médical », pour l'aide gracieux qu'il nous a apporté dans l'élaboration de cette bibliographie.

- FILHOULAUD. — De la grossesse extra-utérine récidivée. (*Thèse Paris* 1907).
- FUNCK BRENTANO. — Des grossesses utérines survenant après la grossesse extra-utérine. (*Thèse Paris* 1898).
- GUIBIÉ. — Grossesse extra-utérine récidivée. (*Société de Chirurgie*, 1928, page 748).
- GUERMEUR (Louis Marie). — Grossesse ectopique après le cinquième mois. (*Thèse Bordeaux*, 1923).
- HABAULT. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine (*Thèse Paris*, 1912).
- HARTZMANN. — Récidive de grossesse ectopique. (*Société d'Obst. et de Gynéco. de Paris*, 1900, p. 268).
- HARRISON CRIPPS. — Ten cases of opération for extra-utérine foetation. (*Brit. méd. j. mars* 1928).
- HUARD. — Etiologie de la grossesse extra-utérine. (*Paris Médical*, 21-12-1929).
- JACOBS. — Quelques cas de grossesse extra-utérine. (*Journal de méd. et de chirurgie de Bruxelles*, 1888, p. 481).
- JOHANNES DIERNER. — Grossesse du moignon tubaire. (*Gynécologie* 1922, p. 371).
- JOHNSON. — Bilatéral tubal pregnancy with rupture of both tube. (*The americ. journ. of. Obst. and gyn. St-Louis* 1929, p. 116).
- KELLER. — Grossesse tubaire récidivante dans la même trompe. (*La gynécologie*, 1922, p. 343).
- LEMARCHAND. — Grossesses tubaires successives. (*Thèse Paris* 1926).
- LAWSON TAIT. — Grossesse utérine intercalée entre deux grossesses extra-utérine. (*Brit. médical journ. London* 1888, p. 1001).
- MARTIN (P.-J.). — De la récidive dans la grossesse extra-utérine (*Thèse Paris* 1901).
- ODON RHOOR. — Traitement de la grossesse extra-utérine. (*Gynécologie*, 1922, p. 746).
- ETTINGER (V.). — Etiologie et traitement de la grossesse extra-utérine. (*Zentralb f. gynak* 1922, p. 413).
- PAUCOT. — Un cas de grossesse tubaire récidivante. (*Bulletin d'Obst. et de Gyn.*, 1922, p. 521).
- PRUNET. — Contribution à l'étude des grossesses ectopiques et de ses récidives. (*Thèse Montpellier*, 1908).
- PUECH. — Grossesse tub. récidivée avec une grossesse normale entre la première et la deuxième grossesse ectopique. (*Gazette des hôpitaux*, 17 mars 1898).
- SENS. — Etude critique de 89 observations de récidive de grossesse ectopique. (*Th. Paris* 1901).
- SEREBROFF. — Comment opérer une grossesse tubaire. (*Journal Ec-coucheurstvai Jenskikh Bolezney*, 1931, p. 399).
- VARNIER et SENS. — Sur la récidive de la grossesse ectopique. (*Gynéco et obst.* 1901, p. 169).

- VAUVERTS. — Récidive de grossesse tubaire. (*Société obst. et gyn.*, 1924, p. 519).
- VIGNARD. — Etiologie de la grossesse extra-utérine. (*Revue de Chirurgie* 1901, p. 643).
- WEISS et PETROVITCH. — Rupture de grossesse extra-utérine récidivant du même côté dans le moignon de la trompe. (*Société de méd. du Bas-Rhin*, Juin 1928).
-

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
DEFINITION — HISTORIQUE	13
ANALYSE ETIOLOGIQUE	14
Age. Parité. Antécédents génitaux	15
Fréquence de la récurrence	16
Intervalle entre les 2 accidents	17
Fréquence de la récurrence par rapport à la fécondation utérine postérieure à une grossesse ectopique	17
DEDUCTIONS PATHOGENIQUES	19
Mécanisme de la fécondation normale	19
Mécanisme de la nidation ectopique	20
Causes de la grossesse tubaire	20
Etude pathogénique des récurrences de grossesse tubaire	23
ETUDE CLINIQUE	26
DIAGNOSTIC	28
PRONOSTIC	28
TRAITEMENT	29
A) Traitement de l'accident initial	29
B) Traitement de la récurrence	33
1) Traitement prophylactique (lors du premier accident)	33
2) Traitement de la récurrence proprement dite	34
OBSERVATIONS	36
1 ^{er} groupe (Obs. I à VII). Récurrence de grossesse tubaire	36
2 ^e groupe (Obs. VIII et IX). Grossesse tubaire bilatérale	47
3 ^e groupe (Obs. X et XI). Récurrence sur le moignon tu- baire	49
4 ^e groupe (Obs. XII à XV). Gravité utérine surve- nant chez les femmes opérées de grossesse tubaire	50
5 ^e groupe (Obs. XVI et XVII). Grossesse utérine inter- calée entre 2 grossesses tubaires	52
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE	57

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

« De la grossesse tubaire récidivante. Considérations étiologiques, pathogéniques et thérapeutiques. »

par M. DOAN VAN THU

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 11 décembre 1936.

Le Professeur,

LAPEYRE.

Montpellier, le 16 décembre 1936.

Le Doyen,
EUIZIERE.

Vu et permis d'imprimer:

Montpellier, le 16 décembre 1936.

Le Recteur,
TAILLIART.

